別紙3

My Health Record

Name	(Family) (Given)		
DOB	(Day) / (Month) / (Year)	Age	
Blood type			

Medicine currently taking	
Drug allergies	
Food allergies	
Medical history	- asthma (☐Yes ☐No ☐In the past) - heart disease (☐Yes ☐No ☐In the past) - epilepsy (☐Yes ☐No ☐In the past) - hepatitis (☐Yes (Type:) ☐No ☐In the past) - diabetes (☐Yes (Type:) ☐No ☐In the past) - nephritis (☐Yes ☐No ☐In the past) - other health concerns ( )

AUTHORIZATION FOR TREATMENT

I, _____, being the parent or legal guardian of_____, give my consent for both emergency and routine medical and surgical treatment of this individual should his/her condition so require it, per the judgment of a health provider.

I impose no specific limitation or prohibitions regarding treatment as long as the treatment considered necessary to the situation is in accordance with generally accepted standards of medical practice for the particular type of injury or illness involved.

Date: _____

Signature of parent/guardian: _____

Relationship to the individual: _____

Address: _____

Telephone: +81- _____

（参考）

My Health Record　健康の記録

Name （氏名）	(Family) （姓）	(Given) （名）	
DOB （生年月日）	(Day) / (Month) / (Year)	Age （年齢）	
Blood type（血液型）			

Medicine currently taking （現在服用中の薬）	無い場合は None と記入のこと。
Drug allergies （薬剤アレルギー）	無い場合は None と記入のこと。
Food allergies （食物アレルギー）	無い場合は None と記入のこと。
Medical history （既往症）	- asthma 喘息 (☐Yes ☐No ☐In the past（過去にかかった）) - heart disease 心臓病 (☐Yes ☐No ☐In the past) - epilepsy てんかん (☐Yes ☐No ☐In the past) - hepatitis 肝炎 (☐Yes (Type 型:) ☐No ☐In the past) - diabetes 糖尿病 (☐Yes (Type 型:) ☐No ☐In the past) - nephritis 腎臓病 (☐Yes ☐No ☐In the past) - other health concerns その他、健康に関すること (無い場合は None と記入のこと。)

AUTHORIZATION FOR TREATMENT　治療に関する同意書

I, （親・保証人の名前）, being the parent or legal guardian of （参加者の名前）, give my consent for both emergency and routine medical and surgical treatment of this individual should his/her condition so require it, per the judgment of a health provider.

I impose no specific limitation or prohibitions regarding treatment as long as the treatment considered necessary to the situation is in accordance with generally accepted standards of medical practice for the particular type of injury or illness involved.

（参加者）の親または保証人である私（氏名）は、旅行中の事故や急病あるいは急を要しない怪我や病気であっても、医療従事者によって診察、検査、処置が必要であると判断された場合、この参加者が医療を受けることに同意します。なお、その医療行為の内容については、医学的に常識と思われる範囲内であることを条件に一任いたします。

Date:（署名日）_____

Signature of parent/guardian:（親・保証人の氏名）_____

Relationship to the individual:（参加者との続柄）_____

Address:（親・保証人の住所）_____

Telephone: +81-（親・保証人の電話番号）_____